

後期高齢者医療送付先申出書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
四万十町長 様

〒

申 出 者 被 保 険 者 住 所 高知県高岡郡四万十町

被 保 険 者 氏 名

代 理 人 住 所

代 理 人 氏 名 続柄

代理人電話番号

後期高齢者医療に係る各証及び各種通知書等の送付先について、申し出ます。

被保険者番号			氏 名	
生 年 月 日		年 月 日	電 話 番 号	
住 所		〒 高知県高岡郡四万十町		
送 付 区 分		☐ 資格管理☐ 相続放棄通知拒否：資格管理 ☐ 賦課管理☐ 相続放棄通知拒否：賦課管理 ☐ 収納管理☐ 相続放棄通知拒否：収納管理 ☐ 給付管理☐ 相続放棄通知拒否：給付管理 ☐ 医療費通知 ☐ 医療費通知送付抑止		
有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
申出理由				
送 付 先	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号		被保険者 との続柄	